DISSERTATION

N° 252.

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 27 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR AIMÉ-DONAT CLAUDET, de Bannans,

Département du Doubs;

Bachelier ès-lettres et Bachelier ès-sciences.

Da veniam scriptis, quorum non gloria nobis
Causa, sed utilitas officiumque fuit.
OVID.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN, *Examinateur.*
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL, *Président.*
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER. / ..... / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER, *Suppléant.* / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy, *Examinateur.*
Blandin.	Gibert, *Examinateur.*
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dance.	Sandras.
Devergie.	Trousseau, *Suppléant.*
Dubled.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE.

MON MEILLEUR AMI.

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Ma reconnaissance n'égalera jamais leur bonté.

A.-D. CLAUDET.

DISSERTATION

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË.

L'INFLAMMATION du poumon est cette maladie que nous appelons *pneumonie.* Elle reçut souvent des dénominations diverses ; elle a été appelée *fièvre péripneumonique, pneumonitie, fluxion de poitrine, pneumonite ;* aujourd'hui le nom des anciens lui est conservé. Les connaissances fournies par l'anatomie pathologique ne peuvent encore nous autoriser à donner de la pneumonie une définition plus précise, en nous démontrant et en nous permettant d'indiquer quelle est dans cette affection la partie du tissu pulmonaire malade. D'après M. *Cruveilhier,* ce sont les vaisseaux sanguins qui rampent sur les vésicules pulmonaires qui seraient le siége de l'inflammation; mais ces vésicules elles-mêmes sont aussi affectées, leur paroi à membrane muqueuse a augmenté sa sécrétion, c'est elle qui va nous en révéler l'existence. Le tissu cellulaire inter-vésiculaire n'en est pas non plus exempt, puisque dans quelques degrés pneumoniques nous le trouvons en suppuration.

L'étendue de la pneumonie nous en a fait distinguer deux espèces : la première, occupant les deux poumons à la fois, a été appelée *pneumonie double,* la seconde est celle qui a été désignée sous

Symptômes.

La maladie peut débuter lentement. Dans ce cas, elle sera précédée de tous les prodromes inflammatoires : malaise, lassitude, inappétence, brisement général; ce n'est qu'après quelques jours que l'on saura à quel genre de maladie on va avoir affaire. D'autres fois l'inflammation, moins incertaine dans l'élection de son domicile, s'annonce de suite; c'est un frisson violent arrivant ordinairement vers le soir, avec toux, dyspnée, douleur dans l'un des côtés de la poitrine, accompagnée de chaleur brûlante; la soif est augmentée, l'appétit nul, la langue ordinairement blanche, humide; les urines sont rouges, foncées; la peau est chaude, plus souvent en sueur; il y a céphalalgie plus ou moins intense; le pouls est plus ou moins fréquent; en un mot, la fièvre apparaît avec tous ses caractères. A ce moment, s'il existe encore du doute sur le lieu de l'inflammation, puisque jusqu'ici nous n'avons encore trouvé presque que les phénomènes communs aux débuts des phlegmasies, peu de temps après, ceux qui lui sont particuliers vont la mettre dans tout son jour.

La douleur dans l'un des côtés de la poitrine continue avec tous les signes de l'invasion, elle augmente par l'inspiration; mais si elle est vive, elle est toujours la preuve de l'inflammation de la plèvre, inflammation qui accompagne souvent celle du poumon; la douleur alors se fait sentir plus habituellement au-dessous des seins. La respiration est plus ou moins précipitée, suivant l'étendue du mal; elle peut aller jusqu'à soixante par minute; la maladie, dans ce cas, est des plus graves. La percussion, dès les premiers jours, n'offre souvent rien que d'ordinaire, c'est-à-dire que le son est clair. Plus tard, le côté affecté perd de sa sonoréité, le son obtenu est mat dans une plus ou moins grande étendue. L'oreille nue ou armée du stéthoscope distingue un bruit particulier, semblable à celui que fait le sel projeté sur des charbons ardens, plus ressemblant encore à celui qu'on pro-

duit en pressant entre les doigts le poumon sain d'un cadavre ; c'est le *râle crépitant* de Laennec. L'autre partie saine du poumon pourra présenter le bruit respiratoire augmenté, presque celui qu'on entend chez les enfans ; bruit appelé aussi pour cela, par Laennec, *respiration puérile*. A cet ensemble de phénomènes nous pouvons diagnostiquer le premier degré de la pneumonie l'état de *simple engouement inflammatoire.*

Si la maladie fait de nouveaux progrès, à la percussion le son deviendra plus mat, le râle crépitant a disparu, on n'entend plus que la respiration bronchique ; quelquefois on entendra encore un râle muqueux à grosses bulles, mais rare. Fait-on parler le malade, on entend le phénomène de la bronchophonie, c'est-à-dire le phénomène que l'on remarque toutes les fois qu'un corps assez dense existe entre les parois thoraciques et le poumon, alors comprimé ; là nous avons le second degré de la pneumonie, *hépatisation rouge.*

Les crachats, assez ordinairement, sont un signe certain de pneumonie ; simplement muqueux dans le principe, ils présentent bientôt des qualités caractéristiques. Chez la plupart, ils sont transparens, mêlés intimement à de petites bulles d'air ; leur couleur est uniformément rougeâtre, tirant sur le jaune, quelquefois sur le vert ; cette couleur est plus ou moins foncée suivant la quantité de sang avec laquelle ils sont mélangés ; ce que nous avons éprouvé, pour répéter l'expérience de M. *Andral,* en mêlant du sang à une dissolution de gomme et les agitant fortement ensemble. Ils sont visqueux, adhérens au vase de telle sorte que s'ils sont en quantité médiocre on peut le renverser sans qu'ils s'épanchent ; la viscosité des crachats et leur couleur foncée seront d'autant plus marquées, que la pneumonie sera dans l'un ou l'autre degré : tels sont les crachats pneumoniques. Mais il n'est pas rare qu'ils ne soient point ainsi ; souvent même ils sont assez variables pour nous empêcher de soupçonner la pneumonie, si nous n'avions pas d'autres signes ; quelquefois et pendant tout le cours de l'affection, ce n'est qu'une expectoration et

comme par régurgitation d'un liquide écumeux blanc, de consistance de dissolution assez concentrée de gomme. Malgré cette différence dans l'expectoration pneumonique, c'est cependant à elle que nous devons avoir recours pour reconnaître le troisième degré de la pneumonie, *hépatisation grise*, puisque la percussion et l'auscultation ne nous apprennent rien. Si les crachats changent d'aspect, deviennent plus visqueux, grisâtres, d'une odeur fétide, montrant quelque analogie avec l'expectoration de phthisie avancée, on doit redouter son existence. D'autres fois les crachats ont perdu tout à fait le caractère propre au second degré; ce n'est plus qu'un liquide ayant la consistance de l'eau de gomme, d'un rouge brunâtre plus ou moins foncé, quelquefois tout à fait noir, semblable à du jus de pruneaux. M. *Andral* montre ceux-ci comme propres à l'hépatisation grise; néanmoins il paraît qu'ils n'en sont pas toujours un indice certain, puisqu'on les a vus exister au début de la pneumonie, qui, d'après tous les autres symptômes, n'avait pas atteint ce point d'inflammation.

La rougeur des pommettes, que les auteurs anciens mettaient au nombre des signes pathognomoniques, a perdu aujourd'hui de sa valeur; elle n'appartient guère plus à la pneumonie qu'aux autres maladies aiguës; elle ne se montre que passagèrement soit aux deux joues dans le paroxysme, soit à l'une d'elles lorsque le malade est resté couché sur le côté correspondant. La couleur de la face dit assez peu; ce n'est que plus tard, lorsque la maladie, tout à fait avancée, est parvenue au troisième degré, que le poumon commence à s'infiltrer de pus, une teinte quelquefois analogue à celle des affections cancéreuses se répand plus ordinairement sur toute la face; cet aspect est souvent assez tranché pour faire connaître le véritable état du malade.

Le décubitus a lieu ordinairement sur l'un ou l'autre côté, le malade ne paraît pas affecter de se coucher sur le côté pneumonique, comme on l'avait prétendu pendant un temps assez long; il est plus souvent couché sur le dos. Ce ne sera du moins qu'au dernier degré de la

maladie qu'on le verra rechercher la position dans laquelle le poumon sain pourra plus facilement avoir son action.

L'état fébrile que nous avons signalé à l'invasion persiste avec exacerbation sur le soir; la dyspnée est plus grande, la chaleur à la peau plus intense; la sueur a aussi augmenté; celle-ci quelquefois est continuelle, mais elle sera plus ou moins abondante; il est rare que la peau soit sèche et d'une âcreté brûlante comme dans les affections abdominales; le pouls n'offre rien de particulier; il se montrera à nous d'après la marche de la maladie; c'est ordinairement un pouls large, fréquent; il va même quelquefois jusqu'à cent quarante pulsations par minute, d'autres fois il est voilé, petit, concentré; raison de plus alors pour le médecin d'observer plus sérieusement son malade, car là il est possible encore que la saignée soit pressante, que ce soit par elle qu'il reprendra sa force naturelle; rarement il est irrégulier et intermittent : dans ce cas, ou l'affection est des plus graves, ou cet état tient à la lésion d'autre organe étranger au poumon. Le sang tiré par la veine, dans une inflammation aiguë du poumon, présente toujours la couenne inflammatoire; et souvent, par la disparition de celle-ci, lorsqu'on aura plusieurs fois pratiqué la saignée, l'on pourra prognostiquer sa résolution.

Le délire souvent aussi se remarque au milieu des symptômes de l'exacerbation que nous avons décrits; le plus ordinairement il n'a rien de grave; il est causé par la gêne qu'éprouve la respiration : c'est celui des anévrysmatiques. Il en serait bien autrement s'il était continu.

Si la pneumonie était toujours entourée du cortége que nous venons de lui voir, son diagnostic n'offrirait plus aucune difficulté; malheureusement, elle ne paraît point toujours aussi dévoilée. Chez l'enfant, par exemple, la percussion et l'auscultation n'apprendront presque rien; l'expectoration dans bien des cas sera nulle, parce que ceux-ci, encore trop faibles pour rejeter au-dehors les matières expectorées, sont forcés de les avaler; d'ailleurs nous avons des observations de pneumonie chez l'adulte, sans aucune expectoration. L'af-

fection ayant son siége dans la partie profonde du poumon ne présentera que peu de signes à l'auscultation; il en sera ainsi pour la pneumonie disséminée. Elle peut se présenter avec des phénomènes d'ataxie, d'adynamie bien capables de nous céler son existence. Son diagnostic est bien plus difficile encore lorsqu'elle n'existe que comme affection intercurrente ; la maladie première la rend inaperçue; le cas est assez fréquent pour mériter qu'on en ait fait une variété particulière : *pneumonie latente.*

Pour faire l'histoire complète de la pneumonie, nous aurions à parler de la pneumonie chez les enfans, de celle chez les vieillards ; nous parlerions de la fausse pneumonie, *notha peripneumonia*, de la pneumonie bilieuse de *Stoll*, qui, le plus souvent, dans la description qu'il en fait, n'a été qu'une bronchite se compliquant de phénomènes gastriques, qui n'a jamais été plus qu'une pneumonie existant simultanément avec une inflammation intestinale; nous discuterions sur l'existence et la nature de la pneumonie épidémique. Nous n'entrerons pas dans tous ces détails, ce travail dépasserait nécessairement les bornes que nous avons voulu nous imposer.

Marche.

La pneumonie n'a pas une marche déterminée; ses progrès peuvent se succéder avec la plus grande rapidité, comme aussi ils peuvent affecter un développement assez lent. Les premiers jours d'invasion montrent quelquefois la pneumonie telle qu'elle sera dans tout son cours; d'autres fois ce n'est que le dixième, le douzième jour qu'elle apparaît avec toute sa force; ce que l'on reconnaîtra aux signes indiqués dans l'article précédent. Sa durée la plus ordinaire est de sept à vingt jours.

La pneumonie a-t-elle son époque critique? Les anciens la voyaient dans toutes les maladies ; cette erreur leur fut tout à fait nuisible dans le traitement; ils prétendaient que l'on devait rester simple observateur, en attendant le jour où la nature allait redoubler d'efforts

pour se débarrasser du *principe morbide ;* que le médecin devait se garder de rien faire auparavant, de peur de la troubler et de l'arrêter dans son travail. Cette époque critique ne nous est point encore connue ; M. *Andral* a cherché à la fixer, et d'après le tableau fait par cet habile observateur de cent douze cas de pneumonie, le plus grand nombre se sont terminées le septième, le onzième, le quatorzième et le vingtième jour d'invasion.

Terminaison.

La pneumonie aiguë se termine par le retour à la santé ou par la mort ; sa terminaison par pneumonie chronique est rare. Dans le premier cas, heureusement le plus fréquent, il y a constamment résolution ; elle s'annonce par la diminution de tous les symptômes : la dyspnée diminue ; la respiration se fait mieux entendre ; la partie du poumon mate à la percussion devient plus sonore ; le râle crépitant a cessé ou n'est plus perceptible que dans certains points, il est comme fugace ; s'il existe, c'est pour avoir remplacé la respiration bronchique ; on entend quelquefois le râle muqueux du catarrhe pulmonaire ; enfin il y a disparition de tous les symptômes et dans l'ordre rétrograde à celui qu'ils ont suivi pour parvenir à leur période.

Celse pense que la résolution pneumonique n'a jamais lieu sans être signalée par quelque crise, telle que l'expectoration, les sueurs, les selles, les hémorrhagies nasales ou autres. Sans être entièrement de son avis, nous disons que la pneumonie, plus souvent qu'aucune autre phlegmasie, offre à son déclin ces phénomènes critiques ; celui qu'elle nous montre le plus fréquemment est certainement celui de la sueur. On a vu aussi, comme phénomène critique, apparaître sur la peau des phlegmons assez intenses pour y produire une dérivation réelle ; les lèvres, dans quelques cas, participant à la crise, présenteront de petits boutons, *herpes labialis.*

Dans le cas de mort, le poumon peut affecter quatre états différens : 1°. il peut être à l'état de simple engouement inflammatoire ;

2°. à l'état d'hépatisation rouge; 3°. à l'état d'hépatisation grise, de suppuration disséminée ou de collection purulente; 4°. il peut enfin nous présenter un véritable état de gangrène, dernier mode de terminaison indiqué par les auteurs. Déjà nous avons parlé des signes propres à diagnostiquer les trois premiers, il ne sera nécessaire ici que de nous résumer succinctement.

1°. On pourra croire que la mort est arrivée dans la pneumonie au premier degré, à l'état de simple engouement du poumon, lorsque les symptômes qui lui sont propres n'ont cessé d'exister qu'avec les phénomènes de la vie, que le râle crépitant n'a été remplacé que par le râle muqueux de l'agonie.

2°. L'induration rouge s'annonce par l'augmentation de la dyspnée, par un sentiment de pesanteur dans la poitrine; le malade est obligé, pour respirer, de se tenir dans une position verticale; la poitrine rend un son mat; le bruit respiratoire, le râle crépitant sont nuls, etc.... La respiration devient stertoreuse, et le malade périt par suffocation.

3°. Cette terminaison se reconnaîtra par la persistance des symptômes malgré le sage emploi des moyens propres à les combattre, par la nature des crachats : nous en avons discuté la valeur. S'il s'est formé une collection purulente dans le poumon, et qu'elle communique avec les bronches, l'auscultation pourra nous faire percevoir le phénomène du *gargouillement;* la respiration, la toux, seront caverneuses comme dans le cas de vastes tubercules en fonte : c'est surtout à ce degré que nous voyons l'exacerbation du soir être plus intense, le frisson plus violent, les sueurs plus abondantes : l'individu pourra tomber promptement dans le marasme.

4°. La terminaison par gangrène, que *Laennec* nous a signalée, et dont il a fait une division en gangrène *circonscrite* et *non circonscrite*, s'annonce par la cessation brusque de tous les symptômes de l'affection portée au plus haut degré; le pouls devient faible, intermittent, irrégulier; la figure se décompose; la peau prend une teinte livide; les crachats sont ichoreux, fétides, noirâtres, rouges par intervalle; l'haleine répand une odeur infecte et repoussante qui rappelle la gan-

grène des parties externes. M. *Louis* nous a montré une autre espèce de gangrène dans le poumon; celle-ci est essentielle et primitive, elle est hors de notre sujet.

Lésions anatomiques.

Dans le *simple engouement inflammatoire*, le poumon à l'extérieur est rouge, plus ou moins foncé, souvent livide ou violacé, quelquefois noirâtre; il est plus pesant, moins mou, moins élastique, moins crépitant que dans l'état sain; incisé, on retrouve dans les surfaces divisées une couleur rouge analogue à celle de l'extérieur; il s'en écoule en abondance une sérosité sanguinolente, trouble, mêlée à une certaine quantité d'air; son tissu, sans aucune désorganisation, offre une friabilité remarquable; il se laisse facilement traverser par les doigts qui le compriment, caractère qui distinguera très-sûrement le premier degré de la pneumonie de l'engouement que l'on retrouve chez les cadavres de vieillards morts d'autres affections.

Vient ensuite l'*hépatisation rouge*. Dans cet état, le poumon, sans offrir à l'extérieur une couleur bien différente de la précédente, est devenu imperméable à l'air; il ne crépite plus, il ne surnage plus à l'eau; lorsqu'on le coupe, il laisse écouler un liquide rouge non écumeux comme tout à l'heure, et moins abondant. Examiné à la loupe, le tissu pulmonaire semble alors composé d'une foule de petites granulations rouges pressées les unes contre les autres; il se déchire avec facilité.

Au degré d'*hépatisation grise*, de *suppuration disséminée*, le poumon dense, compacte, imperméable à l'air, offre un aspect caractéristique. On retrouve les mêmes granulations que dans l'hépatisation rouge; elles sont devenues grises, plus grosses, on peut les apercevoir à l'œil nu; une quantité considérable de liquide purulent, inodore, s'écoule de son incision; il semble que le produit morbide occupe entièrement le tissu de la partie affectée; le doigt même légèrement enfoncé suffit pour y déterminer une petite cavité remplie de pus qui peut être prise pour un abcès de récente formation; sa friabilité sera d'autant

plus marquée que cette infiltration sera plus considérable. Cette suppuration générale est quelquefois réunie en foyer; il y a abcès, on les trouve formés à l'intérieur du poumon; la substance qui les entoure est comme déchirée, la ligne de démarcation n'est pas franche, on voit la suppuration s'étendre plus loin; d'autres fois cependant elle pourra être renfermée dans un véritable kyste : nous n'en avons que peu d'observations. Si les anciens nous en montrent tant d'exemples sous le nom de cette maladie, qu'ils appellent *vomique*, c'est qu'ils n'avaient pas connu le siége de l'affection qu'ils décrivent : elle n'est le plus souvent qu'un épanchement pleurétique ou bien la suppuration abondante de masses tuberculeuses ramollies, communiquant avec les bronches, et donnant issue par l'expectoration à cette quantité de pus qu'ils crurent venir d'un poumon enflammé.

Dans la terminaison de la pneumonie par gangrène, le poumon est noir ou verdâtre, gorgé de liquide, ramolli tombant en *deliquium* dans quelques points, donnant par les incisions qu'on y pratique une sanie abondante verdâtre et très-fétide. Une altération de tissu aussi profonde et aussi complète ne doit, suivant les pathologistes, occuper qu'une partie du poumon; il est probable en effet que la vie aura cessé avant que la maladie ait pu porter aussi loin ses ravages. La plèvre, participant le plus souvent à l'inflammation du poumon, présentera les altérations qui lui sont propres.

Prognostic.

Le prognostic de la pneumonie est grave; si les malades, parce qu'ils n'éprouvent pas de douleurs très-vives, ne sont pas effrayés de leur état, ce ne sera pas une raison pour le médecin d'avoir la même confiance; les anciens ont dit avec justesse en parlant de la pneumonie : *Affert plus periculi quàm doloris.* Celle à l'apparence la plus bénigne peut changer tout à coup de caractère, et devenir promptement funeste. C'est sur l'âge, la force, le tempérament du malade, sur le siége de l'affection, sur sa transition plus ou moins rapide d'un degré à

l'autre, que le pathologiste fondera son jugement. Elle est moins grave chez l'adulte, chez celui d'une constitution robuste et à poitrine développée; chez le vieillard, elle est toujours une affection dans laquelle ses jours seront fortement menacés. Elle est plus grave aussi si elle occupe les lobes supérieurs du poumon, vraisemblablement parce qu'ils sont plus souvent que les autres parties le siége de tubercules; elle en favorise le développement si déjà ils existent, sinon elle peut les faire naître en augmentant la diathèse qui les produit; dans l'un et l'autre cas, elle les fera marcher à une terminaison plus prompte.

La pneumonie au premier degré est moins grave que celle du second; cependant elle peut l'être plus si son étendue est considérablement plus grande. Celle du second l'est infiniment moins que celle du troisième; de célèbres auteurs doutent encore de la possibilité de sa guérison lorsqu'elle est parvenue à ce dernier degré. La persistance des symptômes, malgré l'emploi sage d'un traitement méthodique, sa marche sous des phénomènes d'ataxie, d'adynamie, sa complication ou son intercurrence avec d'autres affections, en augmentent beaucoup la gravité. Parmi les symptômes de la pneumonie, on doit regarder comme fâcheux une gêne considérable, une grande fréquence de la respiration, l'orthopnée, une expectoration laborieuse, ou supprimée lorsque les autres signes pneumoniques persistent. Si le pouls par sa fréquence a atteint et surtout dépassé cent trente pulsations par minute, le danger est très-grand; il est très-prochain, s'il est intermittent et irrégulier. Les sueurs abondantes dès le début, un dévoiement considérable survenu au commencement ou à une époque avancée, un délire permanent, sont des signes du plus fâcheux augure.

Tout cet ensemble de gravité ayant disparu, l'on ne regardera point encore le malade comme guéri : la convalescence de cette affection, lorsqu'elle est franche, est des plus promptes; si elle ne jouit point de ce caractère, s'il y a encore de la fièvre, si la respiration surtout ne se fait pas bien, il y a tout à craindre que la résolution ne soit pas complète, circonstance qui vient modifier le prognostic que nous aurions pu porter antérieurement.

Traitement.

La saignée jusqu'à ce jour est son principal traitement, jouissant dans ce cas d'un double avantage; elle modère l'inflammation du poumon par la désampliation générale qu'elle produit; elle diminue le poids de sa fonction physiologique en faisant qu'il lui arrive une moindre quantité de sang dans un même temps donné.

Appelé au début de la pneumonie, on ne craindra pas de faire plusieurs larges et abondantes saignées, se gardant néanmoins de les pousser jusqu'à la syncope. Quelques praticiens ont conseillé d'ouvrir la veine des deux bras à la fois, tant ils regardent comme important l'affaiblissement rapide que l'on doit obtenir par ce moyen. Deux, trois saignées seront pratiquées dans les premières vingt-quatre heures, à charge d'y revenir si l'intensité des symptômes n'a pas diminué. L'état du pouls, la force d'hématose, plus encore la fréquence de la respiration boussole du praticien dans la pneumonie, nous dicteront la conduite que nous avons à tenir. Souvent la première saignée est suivie d'une amélioration marquée, et deux heures après ou plus tard l'affection a repris son cours; c'est alors qu'il faut saigner de nouveau. Quelquefois on sera obligé de revenir à cette prescription pendant cinq, six jours avant d'avoir le résultat espéré; il y a toujours eu récrudescence. Une méthode de traitement aussi active, dans des cas assez rares, est suffisante pour arrêter l'inflammation; mais elle en a limité l'étendue, elle l'a rendue moins intense.

Dans le cours de la pneumonie, ce moyen est encore applicable; il conserve son efficacité pendant que la force de réaction subsiste. L'adynamie qui semble le contr'indiquer n'est pas toujours réelle; on la jugera par son mode d'apparition : si elle est venue brusquement, il y a tout lieu de croire qu'elle n'est point due à cet état général, qui veut qu'on s'abstienne de toute émission sanguine. Lorsque la pneumonie est accompagnée de douleurs aiguës dans l'un des côtés, on secondera l'effet des saignées générales par la saignée locale; une ap-

plication de sangsues sur le point douloureux est le plus souvent couronnée d'un heureux succès.

Pendant toute cette période inflammatoire, le malade observera une diète sévère ; on prescrira l'usage de boissons mucilagineuses, gommeuses, édulcorées avec quelque sirop agréable, ayant soin de les faire prendre tièdes et en petite quantité à la fois, afin de ne pas ajouter par la distension de l'estomac à la gêne de la respiration. Si la toux était trop fréquente, on peut administrer de petites potions calmantes ; s'il y a constipation, on devra la combattre ; la liberté du ventre sera entretenue par quelques lavemens adoucissans et légèrement laxatifs.

Après avoir épuisé tout ce que la méthode débilitante offre de ressources, la révulsion nous reste, il faut chercher à la produire. Des sinapismes, des vésicatoires seront placés sur les jambes ; c'est le conseil de quelques-uns, d'autres préfèrent les appliquer sur les parois thoraciques ; leur suppuration doit être entretenue jusqu'à la terminaison de la pneumonie ; dans quelques cas, on ne la supprimera que pour la remplacer sur les bras par une autre moins étendue. Les boissons administrées ne seront plus les mêmes, on les rendra légèrement toniques et expectorantes ; les potions kermétisées sont souvent employées ; la diète n'est plus aussi rigoureuse, on peut être obligé de permettre quelques légers bouillons.

Pour diriger sagement le traitement de la pneumonie, il faut chercher avant tout à en connaître la cause ; si elle est survenue à la suite de suppression hémorrhagique, de suppression de transpiration, le premier précepte est de porter sur ces points l'action médicatrice.

Plusieurs praticiens célèbres nous vantent une autre médication que nous ne ferons qu'indiquer ; c'est la médication contre-stimulante obtenue par le tartre stibié à haute dose. *Laennec* l'a employée ; MM. *Rasori* et *Thomassini* la font jouir en Italie de la plus grande faveur ; M. *Ch. Peschier* de Genève ne traite la pneumonie que par l'émétique : il nous en a fourni un mémoire intéressant ;

MM. *Andral* et *Chomel*, sans en être aussi partisans, sont loin de le rejeter. Nous n'essaierons pas d'expliquer son action, d'expliquer la *tolérance* de l'estomac pour cette substance dans le cas de phlegmasie pulmonaire. M. *Rasori*, parlant de ce dernier phénomène, en trouve la raison dans l'état maladif de l'individu; il va, généralisant son observation, jusqu'à calculer le degré inflammatoire par la facilité avec laquelle sera supportée l'administration de médicamens énergiques à haute dose, et suivant qu'il obtient un effet vomitif par l'émétique à telle ou telle dose, il diagnostiquera l'intensité de la pneumonie. Une grande raison en sa faveur, c'est que l'effet vomitif, si l'on en continue la même dose, augmentera à mesure que l'inflammation présentera plus de signes de résolution; dans la pneumonie la plus intense, il l'a employé jusqu'à soixante grains par jour sans obtenir de vomissemens. Ne voulant point étudier ici tout ce qui a été dit sur ce médicament, nous finirons en rapportant la formule de *Laennec* dans l'usage qu'il en a fait; il le donnait à la dose de six grains dans six onces d'eau sucrée pour vingt-quatre heures, qu'il divisait en six prises; s'ils paraissaient ne pas devoir être supportés, il y joignait une ou deux onces de sirop diacode, formule encore conservée dans les hôpitaux de Paris.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 8.

II.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

III.

Apoplexiam solvere vehementem quidem, impossibile; debilem verò, non facile. *Ibid.*, *aph.* 42.

IV.

A plagâ in caput stupor aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 14.

V.

Puer non laborat podagrâ ante Veneris usum. *Sect.* 6, *aph.* 30.